

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.  
АСФЕНДИЯРОВА

№ 1 Акушерия және гинекология кафедрасы

---

# Тақырыбы: Акушерлік қан ағулар

---

Орындаған: Әмірхан К.Ж.  
Тобы: ОМ13-041-2  
Тексерген: Сексенова А.Б.

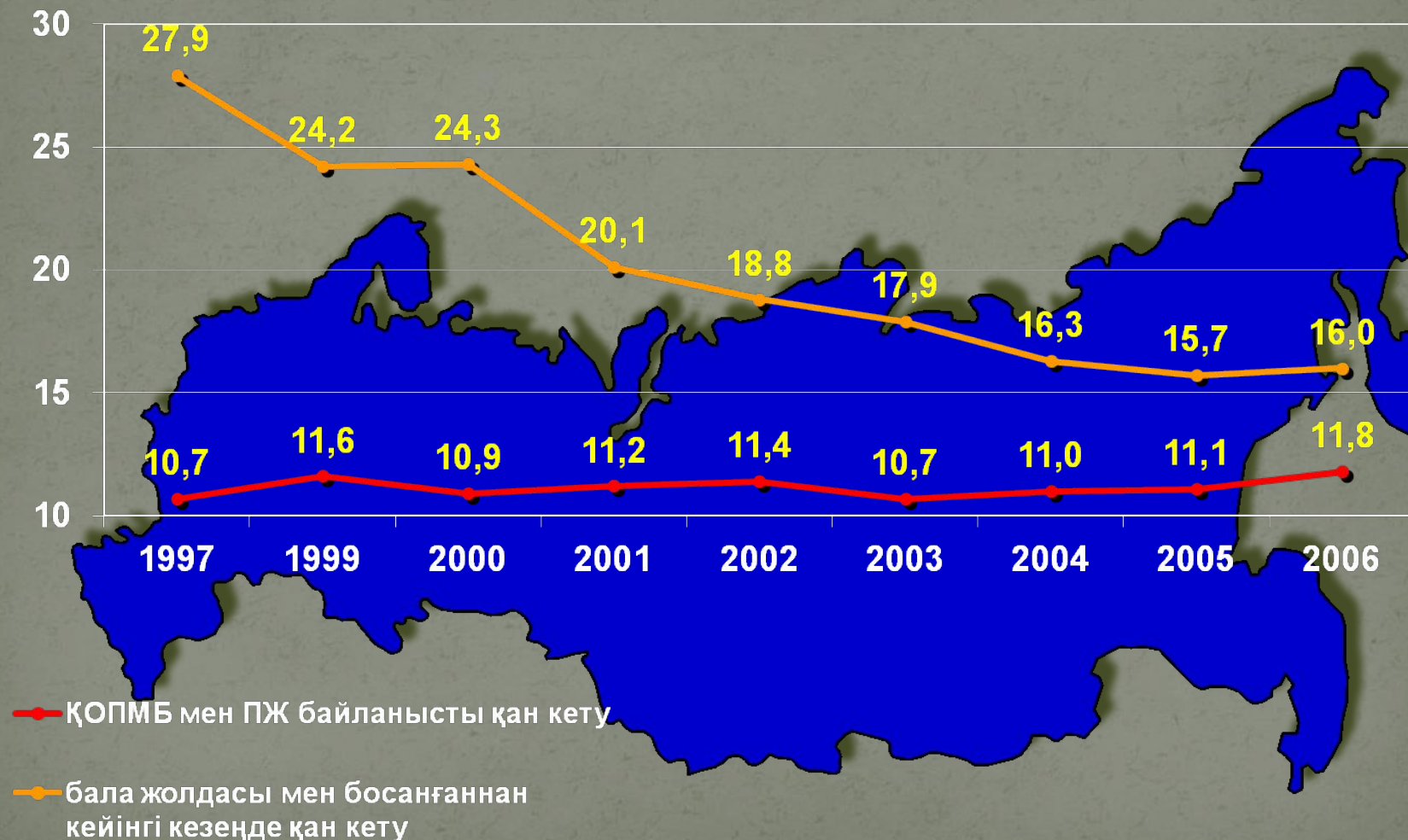
## Жоспары:

- Акушерлік қан ағулардың өзектілігі
- Жүктіліктің II жартысындағы қан ағулар
- Плацентаның жатуы,
- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы

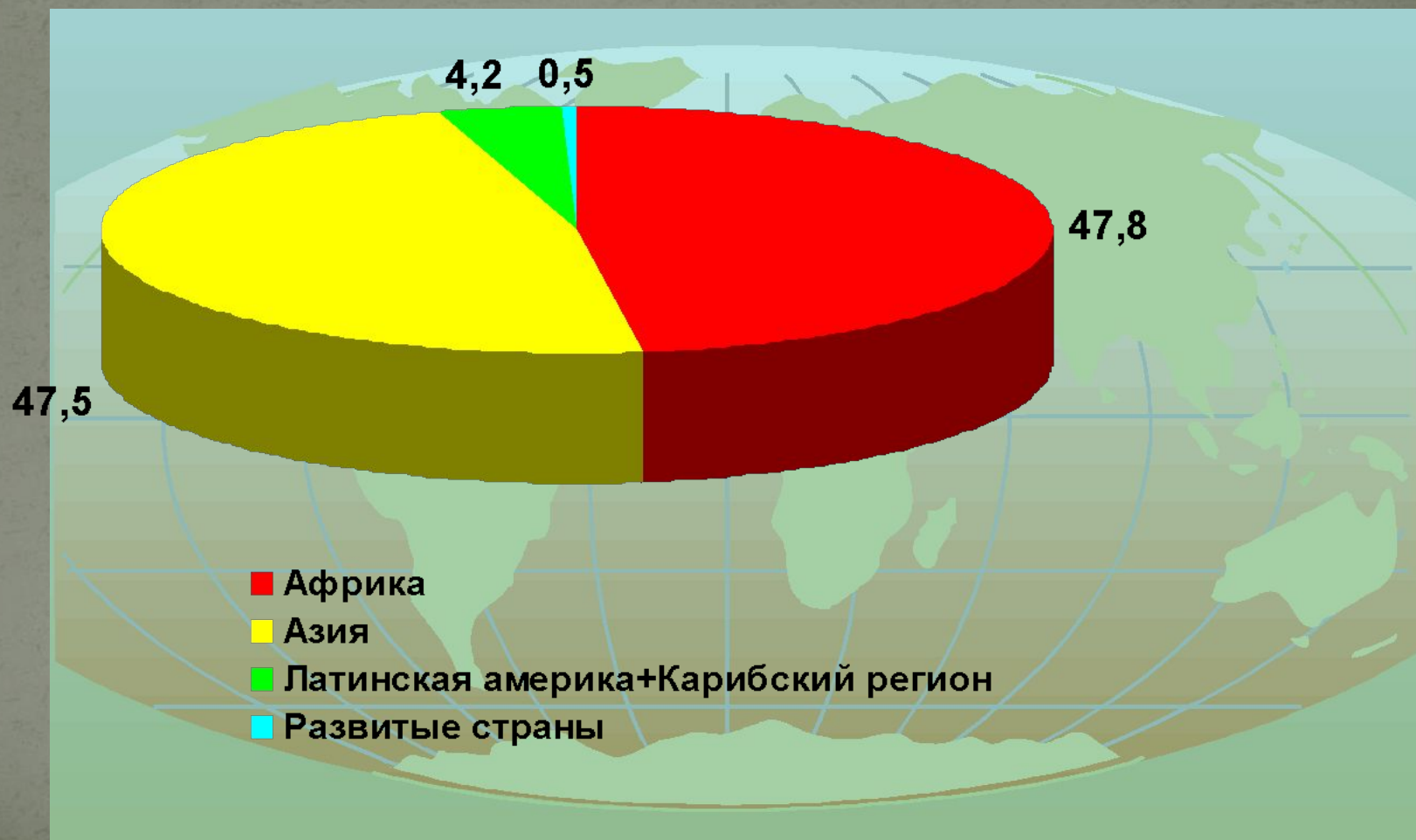


- ❖ Жүктіліктің ІІ жартысындағы қан ағулар ана мен нәрестенің өліміне әкелетін ауыр асқынулардың бірі болып табылады.
- ❖ Кез келген маман дәрігері осындай патологияның себептері туралы білуі керек, ол туралы күмәнданса, шұғыл көмек көрсетуі қажет.

# ҚР қан кету жиілігінің динамикасы (1000 босану санына)



## Ана өлімі кездесетін аймақтар (%)





# Акушерлік қан ағулардың жіктелуі

- Жүктіліктің бірінші жартысындағы қан ағулар
- Жүктіліктің екінші жартысындағы қан ағулар
- Босану кезіндегі қан ағулар
- Бала жолдасы бөлінуі кезеңіндегі қан ағулар
- Босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан ағулар
- Босанғаннан кейінгі кеш кезеңдегі қан ағулар

# Жүктіліктің бірінші жартысындағы қан ағулардың себептері

- Өзіндік түсіктер
- Көпіршік тығынмен байланысты қан ағулар
- Мойындық жүктілік
- Жатыр мойнының патологиясы – цервикалды каналдың полипі, децидуалды полип, жатыр мойнының рагы (сирек кездеседі).

# Өзіндік түсіктер өзінің сатылы ағымымен сипатталады:

- Түсік қаупі
- Басталған түсік
- Жүрістегі түсік
- Толық емес өзіндік түсік
- Толық өзіндік түсік



# Түсік қаупі

- Қанды бөлінулер аз,
- ауру сезімі болмайды немесе іштің төменгі жағы сыздап ауырады,
- Қынаптық тексергенде өзгермеген жатыр мойны анықталады

## Басталған түсік

- Жайлап қан ағады,
- Ауру сезімі толғақ тәрізді,
- Жатыр мойны аздап қысқарған, сыртқы ернеу сәл ашық.

# Түсік қаупі мен басталған түсіктегі дәрігер тактикасы:

- Стационарға дейінгі этапта әйелге тыныштық жағдайын туғызу,
- седативті препараттар қолдану,
- бұлшық етке спазмолитиктер енгізуге болады,
- Стационарда жүктілікті сақтау сұрағы шешіледі.



# Жүрістегі түсік

- Қан ағу көп мөлшерде,
- Толғақ тәрізді ауру сезімі,
- Аурудың жалпы жағдайы қан шығынына байланысты өзгереді.
- **Қынаптық тексеруде:** жатыр мойны қысқарған, цервикалды канал бір саусақты өткізеді.
- Шұғыл түрде стационарға жатқызылады, стационарда **жатыр қуысын қыру жүргізіледі**, қан шығыны толықтырылады.



# Толық емес өзіндік түсік

- Қанды бөлінулер қара-қызыл түсті, ұйындылармен, көп мөлшерде,
- Іштің төменгі жағында толғақ тәрізді ауру сезімі болады.
- **Қынаптық тексеруде:** цервикалды каналда плацентарлық тін, ұрық жұмыртқасының бөліктері болады, жатыр мойны қысқарған, цервикалды канал, 1,5-2 саусақты еркін өткізеді.
- **Шұғыл көмекке:** жатыр қуысын қыру, ұрық жұмыртқасын алып тастау жатады; қан шығыны оның көлеміне және әйел жағдайына байланысты толықтырылады.

# Толық өзіндік түсік

- Қан ағулар жоқ,
- Ұрық жұмыртқасы толық жатыр қуысынан шығарылады,
- Шұғыл көмектің қажеті жоқ,
- Жатыр қуысын ұрық жұмыртқасының қалдықтарын анықтау мақсатында қыру арқылы тексереді



## Көпіршік тығын

- Бұл патологияда хорион бүрлері жүзім тәрізді құрылымға айналады. Барлық бүрлер жартылай немесе толық көпіршікке айналуы мүмкін, оларда эстрогеннің мөлшері өте жоғары болады



## Көпіршік тығынның дамуынан жоғары қауіп тобына кіретін әйелдер:

- Бұрын көпіршік тығын болған,
- Гениталийдің қабыну ауруларымен,
- Аналық бездің гормоналды қызметінің бұзылуымен

## Диагноз арнайы гинекологиялық және акушерлік зерттеулер арқылы қойылады:

### ● Айналармен қарағанда:

- жатыр мойны бөшке тәрізді,
- сыртқы ернеу ығысқан,
- айқын цианоз,
- зерттеу кезінде тез қанайды.

### ■ Қынаптық тексеруде:

- жатыр денесі тығыз,
- көлемі болжам жүктіліктен кіші

# Жүктіліктің екінші жартысындағы қан ағулар

- Плацентаның жатуы
- Қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуі (ҚОПМБ)
- Жатырдың жыртылуы



# Плацентаның жатуының себептері

- Эндометриядағы қабыну процестері;
- Эндометриядағы дистрофиялық өзгерістер
- Плацентаның үлкен болуы;
- Жатыр миомасы;
- Ұрық жұмыртқасының протеолитикалық қасиетінің төмен болуы
- Жиілігі 0,2-0,6%.

# Плацентаның жатуының жіктелуі:

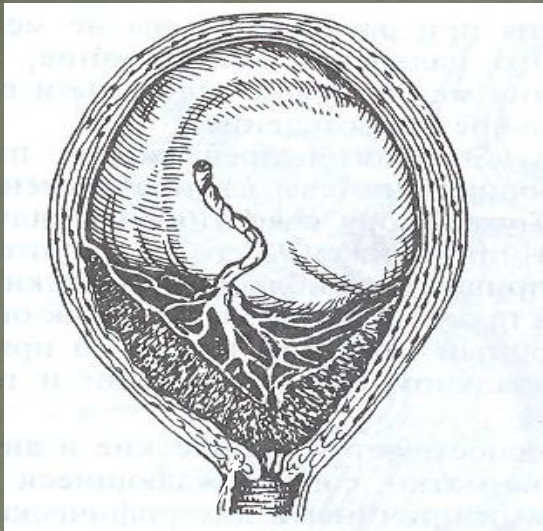
- **Орталық** (placenta praevia centralis) – ішкі ернеу плацентамен толық жабылған
- **Бүйірлік** (placenta praevia lateralis) – плацента ішкі ернеуді жартылай жауып жатыр
- **Шеткі** (placenta praevia marginalis) – плацента ішкі ернеудің шетінде орналасқан



## Плацентаның жатуының келесі жіктелулері жиі қолданылады:

- **Толық** – жатырдың ішкі ернеуі плацентарлық тінмен толықтай жабылған;
- **Жартылай** – жатырдың ішкі ернеуінің бір бөлігі ғана плацентарлық тінмен жабылған;
- **Шеткі** – плацентаның шеті ішкі ернеудің шетінде орналасады;
- **Төменгі плацентация** – төменгі сегментте орналасқан, плацентаның төменгі шеті ішкі ернеуден 6 см немесе одан да аз орналасады.

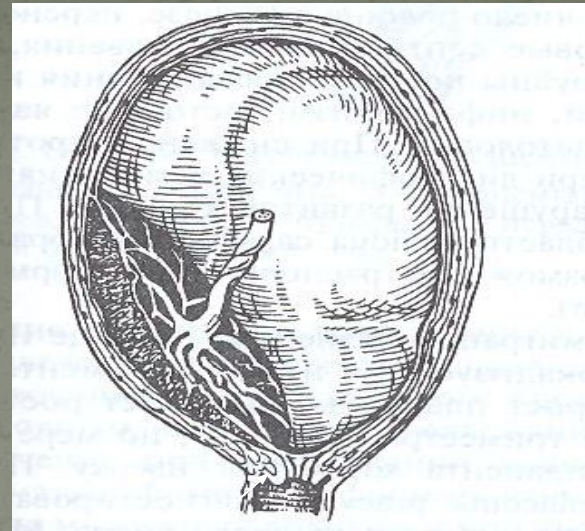




Плацентаның орталық  
(placenta praevia  
centralis) жатуы



Плацентаның бүйірлік (placenta  
praevia lateralis)  
жабысуы



Плацентаның шеткі  
(placenta praevia  
marginalis) жабысуы



Төменгі плацентация

# Плацентаның жатуының клиникасы

- Қазіргі уақытқа дейін клиникалық белгілері болған емес.
- Плацентаның жатуы УДЗ кезінде анықталуы мүмкін. Қазіргі кезде барлық жүкті әйелдерге УДЗ жүргізген кезде плацентаның жатуы жасырын сатысында анықталады.
- Объективті зерттеу кезінде нәрестенің көлденең немесе қиғаш орналасуы, жамбаспен жатуы, алдыңғы жатқан бөлігінің жоғары орналасуы анықталады.



# Плацентаның жатуының клиникалық көрінісі:

- жатыр қабырғасынан плацентаның бөлінуі мен шығаруына әкелетін қан ағулар болып табылады.
- Төменгі сегмент қалыптасқанда ол керіліп, плацента негізінен өзінің орналасқан аймағын ауыстыруға қабілетті емес, сондықтан төменгі сегмент бөлігінде плацентаның екі беті де жылжып, жатыр қабырғасынан бүрлер ажырайды және плацентарлық аймақтың қантамырларынан қан ағулар болады. Ананың қаны ағады.
- Қан ағудың ерекшелігі – ол кенеттен пайда болады. Қан ағулар белгілі бір себепсіз болады және қайталанып отырады.



# Плацентаның жатуының диагностикасы

- анамнезінде асқынған акушерлік анамнез (ААА), ауру сезімсіз қан ағулар.
- Ең мәліметті диагностика әдістері – УДЗ, 98% нақты болады.
- Қынаптық тексеру тек кіші операциялық бөлмеде стационарда жүргізіледі.
- Әйелдер консультациясында қынаптық тексеру жүргізуге болмайды, қан ағудың күшеюі мүмкін.

# Плацентаның жатуының емі:

- қан ағудың көлеміне, жүктілік мерзіміне, нәрестенің жатуына байланысты.
- Плацентаның жатуы кезіндегі жүктіліктің жүргізу тактикасын анықтауда шешуші фактор болып қан ағудың болуы немесе болмауы табылады.

жүктіліктің II жартысында жүкті әйел стационарға жатқызылуы керек, көрсеткіштерге байланысты.



# Плацентаның жатуындағы дәрігердің тактикасы:

- МЕРЗІМІ жетпеген жүктілікте: азадған қан ағулар, жалпы жағдайы қанағаттанарлық болғанда: госпитализация, қатаң төсектік тәртіп, спазмолитиктер.
- Босану кезінде , плацентаның толық емес жатуында: қағанақ қуығын жару, қан ағу жалғасқанда немесе қайталанса – кесар тілігі.
- Плацентаның толық жатуында: кесар тілігі



## Плацентаның жатуындағы оперативті босандыруға көрсетулер:

- Бір уақытта 250 мл және одан жоғары қан шығыны,
- Плацентаның толық жатуы
- Анемия және нәрестенің гипоксиясында қайталамалы қан ағулар,
- Толық емес плацентаның жатуының нәрестенің жамбаспен немесе көлденең жатуымен қосарлануы.

## Қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуі (ҚОПМБ)

- Плацентаның жүктілік немесе босану (бірінші немесе екінші кезеңдерде) кезінде нәресте туылғанға дейін бөлінуі.
- Әдебиеттер бойынша жиілігі 0,4-1,4%.

# ҚОПМБ ЭТИОЛОГИЯСЫ:

- Жүктілік гипертензиясы
- Гипертониялық ауру, экстрагениталды аурулар
- Жатырдың субмукозды миомасы
- Дискоординацияланған босану әрекеті
- Көп сулық
- Аз сулық
- Ірі нәресте
- Көп нәрестелі жүктілік



## Қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуінің жіктелуі

- Жатыр қабырғасынан бөліну дәрежесіне байланысты:
  - жартылай,
  - толық деп бөлінеді

## ҚОПМБ клиникалық көрінісінің ауырлығына байланысты:

- Жеңіл,
- Орташа дәрежесінде плацентаның  $\frac{1}{4}$  бөлігі ажырайды.
- Ауыр дәрежесінде (жедел плацентарлық жетіспеушілік) плацентаның  $\frac{2}{3}$  бөлігі ажырайды.

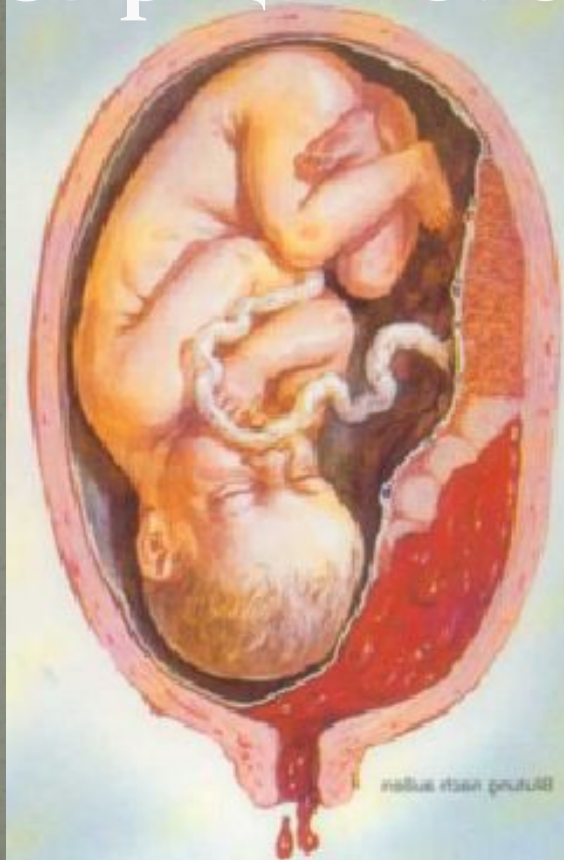


# ҚОПМБ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ...

- Қанды бөлінулер
- Іштегі қатты ауру сезімі
- Ішке қан кету белгілері
- Жатырдың асимметриясы
- Жатырдың гипертонусы
- Жергілікті ауру сезімі
- Нәрестенің асфиксиясы және өлімі

# Қан ағу түріне байланысты:

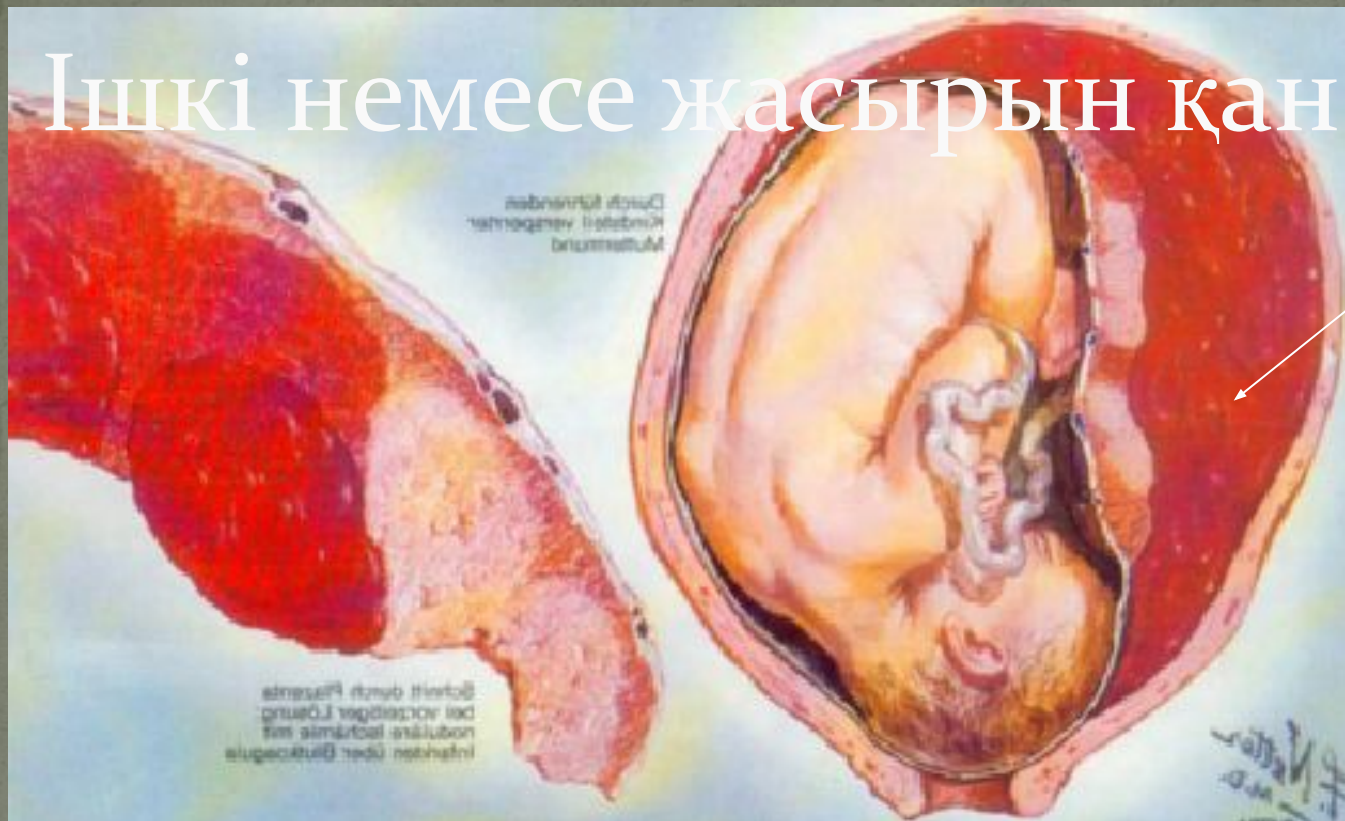
## Сыртқы немесе көрінетін қан ағулар:



бұл кезде қан  
қынаптан сыртқа  
бөлінеді;

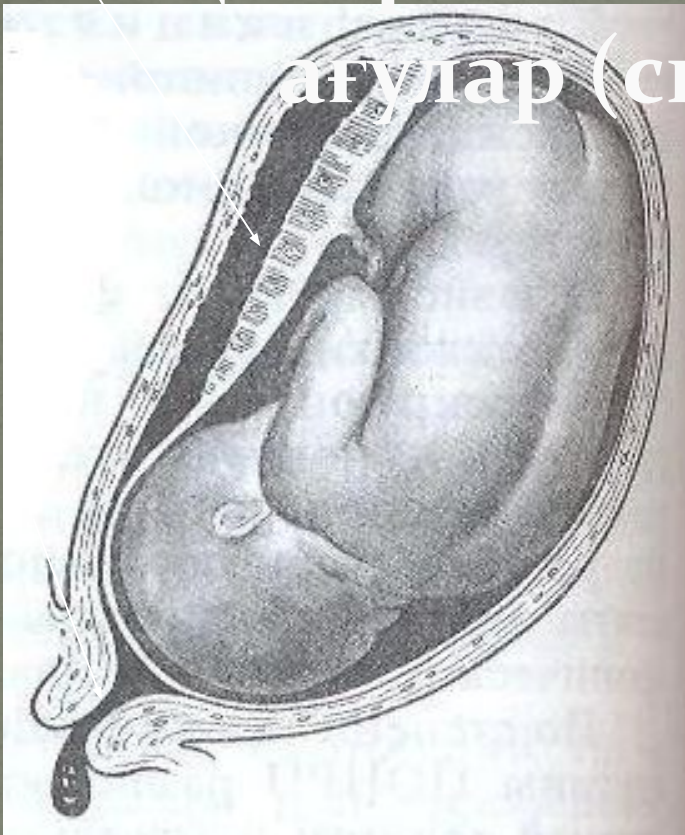


# Ішкі немесе жасырын қан ағулар



Қан плацента мен жатыр қабырғасының арасында  
жиналады

# Қосарланған немесе аралас қан ағулар (сыртқа және ішке)



Қан ішке және  
қынаптан  
сыртқа кетеді



# КУВЕЛЕР жатыры



Жатыр  
қабырғасына  
қанның сіңулері  
байқалады

# ҚОПМБ кезіндегі ДӘРІГЕРЛІК ТАКТИКА:

- Жүктілік және босанудың I кезеңінде:  
кесар тілігі, Кувелер жатыры анықталғанда жатырдың экстирпациясы және гипо- немесе афибриногенемиямен, геморрагиялық шокпен күрес жүргізіледі.
- Босанудың II кезеңінде:  
акушерлік қысқыштар салу, нәрестені жамбасымен алып шығу
- Босанудың III кезеңінде  
плацентаны қолмен бөлу, жатыр қуысын қолмен тексеру.



# ҚОПМБ АСҚЫНУЛАРЫ:

- ТІШҚҰ-СИНДРОМЫ (),
- БАЛА ЖОЛДАСЫ БӨЛІНУІ ЖӘНЕ БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕРДЕГІ ГИПО- ЖӘНЕ АТОНИЯЛЫҚ ҚАН АҒУЛАР,
- ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ГИПОВОЛЕМИЯЛЫҚ ШОК,
- ЖОҒАРЫ АНА ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛДЫ ӨЛІМ,
- ҚАҒАНАҚ СУЛАРЫМЕН ЭМБОЛИЯ.

# Бала жолдасы бөлінуі кезеңіндегі қан ағулар:

- Бұл кезеңдегі қан ағулардың себебіне бала жолдасының бөлінуі мен шығуының бұзылыстары жатады.

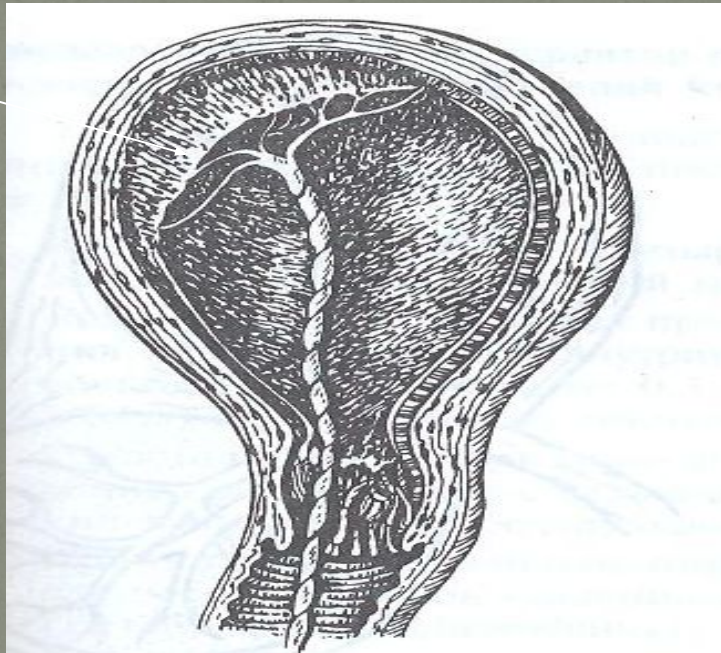


# Бала жолдасы кезеңіндегі патологиялық қан жоғалтуға әкелетін себептер:

- Жатырдың шырышты қабатында болатын өзгерістерге байланысты плацентаның, оның ішінде децидуалдық қабаттың бітісіп өсуі болады.
- Плацентаның бітісіп өсуіне жатырда болған қабыну процестері мен шырышты қабатындағы атрофиялық және дегенеративтік өзгерістердің болуы әкеледі.
- Плацентаның қандай бір бөлігі бөлінбей қалады, ол жерде бүрлер базалды қабатқа дейін өседі. Сол сияқты плацентаның шынайы бітісуі болуы мүмкін, ол кезде бүрлер бұлшықет қабатына дейін өседі.
- Босану жолдарының жарақаты – жатыр мойны мен қынаптың жыртылуы.

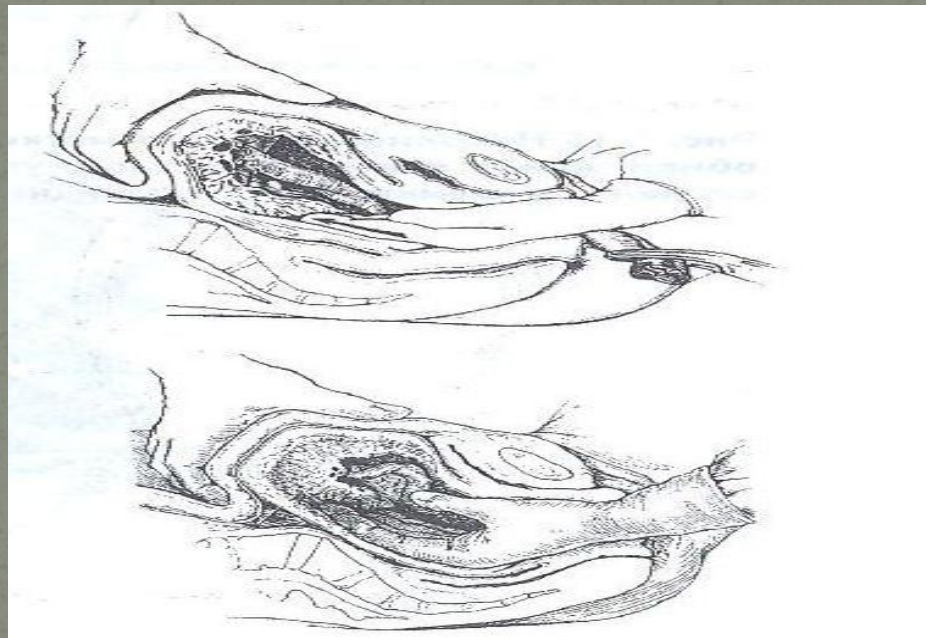
# Плацентаның тығыз жабысуы Плацентаның бөлінуінің кідіруі:

Жатырдың гипотониясында,

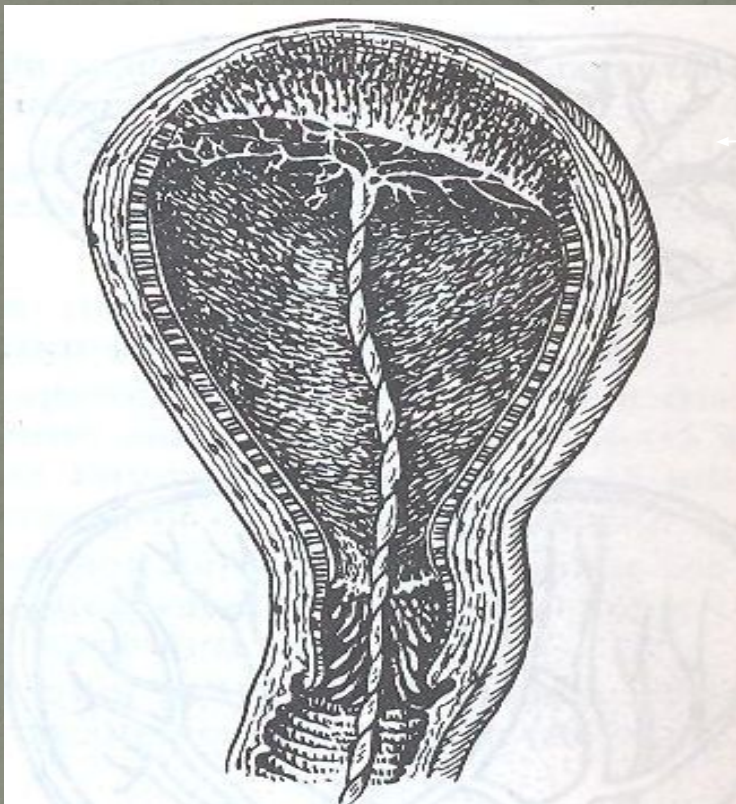




# Плацентаны қолмен бөлу және шығару



# Плацтаның шынайы бітісуі



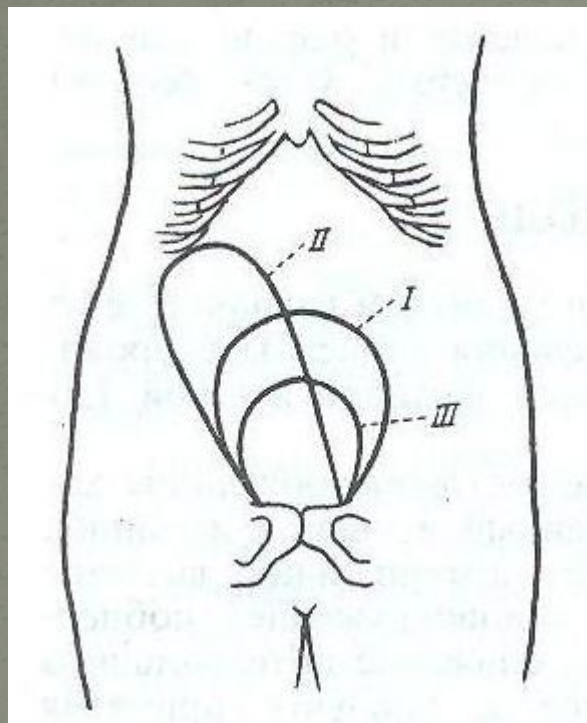
Хорион бүрлері  
миометрияның  
Ішіне еніп  
кетеді



# Плацентаның шынайы бітісуі

- босанғаннан кейінгі кезеңдегі жиі қан ағулармен жүретін, ауыр патология.
- Соңғы 40 жылда оның таралуы 10 есе жоғарылады.
- Оның себебі кесар тілігін жатырдың төменгі сегментінде жасауға байланысты.
- Бұл операция келесі жүктіліктерде плацентаның жатуы және бітісуі қаупін жоғарылатады.
- Жақында жүргізілген зерттеулер, плацентаның жатуына байланысты кесар тілігі жасалған 25% әйелдерде келесі жүктіліктерінде операция кезінде плацентаның бітісуіне байланысты жатыр алынып тасталды.

# Босанғаннан кейінгі жатырдың формасы



- I. Босанғаннан кейін
- II. Плацента бөлінгеннен кейін
- III. Бала жолдасы бөлінгеннен кейін



# Босанғаннан кейінгі жатырдың ГИПОТОНИЯСЫ:

- Миометрияның жиырылу әрекетінің жеткіліксіз болуына байланысты плацента плацентарлық аймақтан бөліне алмайды.

## Жатырдың гипо- және атониясының себептері:

- Жатырдың керілуі
- Жатырдың ісіктері
- Инфантилизм
- Жүктілік пен босанудың асқынулары.

# Босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан ағулардың себептері:

- Жатыр қуысында бала жолдасының қалдықтарының қалып қоюы,
- Жатырдың гипо- және атониясы,
- Қанның ұю және ұюға қарсы жүйесінің бұзылыстары,
- Босану жолының жұмсақ тіндерінің жарақаты



# Босану жолының жұмсақ тіндерінің жарақатына әкелетін себептер:

- Шапшаң босанулар,
- Басты немесе иық белдеуін шығарғандағы қиындықтар,
- Ірі нәресте,
- Қынап арқылы оперативті шаралар,
- Босану жолының тыртықты өзгерістері

## Жатыр қуысында бала жолдасының қалдықтарының қалып қоюының себептері:

- Жатырдың жиырылу әрекетінің бұзылыстары,
- Босанудың үшінші кезеңін дұрыс жүргізбеу,
- Эндометрияның патологиялық процестері



# Қанның ұю және ұюға қарсы жүйесінің бұзылыстарының себептері:

- Қағанак суларымен эмболия
- Жатырда өлі нәрестенің көп уақыт болуы
- ҚОПМБ
- Жүктілік гипертензиясының ауыр түрлері
- Қан шығынының көп болуы

# Қанның ұю және ұюға қарсы жүйесінің бұзылыстары кезінде дәрігер

## тактикасы:

- коагулопатия факторларын (өлі нәресте, жүктілікке байланысты дамыған гипертензия, ҚОПМБ) есепке алу керек. Бұл жағдайда қан ағу коагулопатиялық сипатта.
- Емі қанның ұю жүйесінің бұзылыстарын коррекциялауға бағытталады (жаңа донорлық қан, эритроцитарлық масса, жаңа мұздатылған плазма және т.б.).



# Босанғаннан кейінгі кеш кезеңдегі қан ағулар

## Себептері:

- плацентаның қалдықтары қалса (плацентарлық полип)
- эндометрит
- плацентаның қалдықтары мен эндометрит қосылса

# Босанғаннан кейінгі кеш кезеңдегі қан ағулар кезіндегі дәрігер тактикасы

- I этап – УДЗ
- II этап – плацентаның қалдықтары қалғаны анықталса, онда жатыр қуысын қыру керек
- III этап – плацентаның қалдықтары қалмаса – антибактериалдық терапия жүргізу керек
- IV этап – плацентаның қалдықтары мен эндометрит қосылса – антибактериалдық терапия фонында жатыр қуысын қыру жасау керек.



**Көңіл қойып  
тыңдағандарыңызға рахмет!**

